

A PROPOS DE TROIS CAS DE LIPOMES BRONCHIQUES

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

présentée et soutenue publiquement en Octobre 1974.

PAR

Patrick PALMOURIES

JURY	{	MM. H. ESCHAPASSE	Président
		J. GAILLARD	Assesseur
		A. JOVER	Assesseur
		H. BOUISSOU	Assesseur
		J.-L. ALBAREDE	Suppléant



UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université
1^{er} Vice-Président
2^e Vice-Président

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. BOLLINELLI
Toulouse-Purpan
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. ENJALBERT
Toulouse-Rangueil

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS
Professeur honoraire	M. SOREL
Professeur honoraire	M. PLANQUES
Professeur honoraire	M. MARQUES

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologie	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMAUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Clinique des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile A	M. DALOUS	Purpan

Clinique Médicale Infantile B	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale	M. CLAUX	Rangueil
Clinique de Pneumo-phthisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSSET	Rangueil
Sémiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUIS SOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénérologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phthisiologie	M. MIGUIERES	Rangueil

Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Ophthalmologie	M. BEC	Purpan
Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Infantile	M. GAUBERT	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Médecine Interne	M. FÉDOU R.	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie	M. UTHEZA	Purpan
Plastique		
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Physiologie	M. GERAL	Rangueil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Radiologie	M. COMBES	Purpan

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M. BECUE	Rangueil
Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.L.	Rangueil
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil

Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil
Hépatogastro-entérologie	M. PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang	M. COLOMBIES	Purpan
Médecine Interne	M. GALINIER	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M. CONTE J.	Purpan
Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie	M. GAY	Purpan
Plastique et Reconstructive		
Pédiatrie Génétique Médicale	M. BARTHE Ph.	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. GHISOLFI	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-phthisiologie	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-phthisiologie	M. JOVER	Rangueil
Physiologie	M. BESOMBES	Purpan
Psychiatrie	M. MORON	Rangueil
Radiologie	M. MANELFE	Rangueil
Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Stomatologie	M. FABIE	Rangueil
Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie		
Thérapeutique, Réanimation Médicale	M. SALVADOR	Purpan
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU
------------------------------------	------------

Liste arrêtée le 8 Mai 1974

A MA MERE : C'est à vous que je dédie ce travail.
C'est de vous que je tiens mon être.
C'est de vous que je tiens mon avenir.
C'est de vous que je tiens mon espoir.

A MA FILLE : C'est à toi que je dédie ce travail.
C'est de toi que je tiens mon cœur.
C'est de toi que je tiens mon bonheur.

A MA SŒUR : C'est à toi que je dédie ce travail.
C'est de toi que je tiens mon sang.
C'est de toi que je tiens mon nom.

A MA SŒUR : C'est à toi que je dédie ce travail.

A MA SŒUR : C'est à toi que je dédie ce travail.

A MA SŒUR : C'est à toi que je dédie ce travail.

A TOUTES MES AMIES : JE DEDIE CETTE THESE

A TOUTES MES AMIES.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME : J'ai toujours trouvé auprès d'elle la compréhension,
la douceur et le réconfort que je cherchais.
Quelle veuille trouver dans ces lignes le témoignage
de mon amour.

A MA FILLE :

A MON PERE : Il a été mon premier Maître, il sera toujours pour
moi le plus précieux des guides.

A MA MERE : Pour son réalisme, son dynamisme et l'affection qu'elle
m'a toujours apporté.

Que tous deux trouvent ici le témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A MON FRERE, MA BELLE SOEUR, MES NEVEUX et NIECES

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ESCHAPASSE H.
Professeur de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

L'admiration que nous vous portons remonte
au début de nos Etudes Médicales.

Pour la valeur de votre Enseignement, la
bienveillance avec laquelle vous nous avez
toujours accueilli, qu'il nous soit permis
de vous exprimer ici notre respectueux
attachement.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur GAILLARD J.

Maître de Conférence Agrégé de Chirurgie thoracique

Qui a bien voulu nous proposer le sujet de cette thèse et nous guider dans l'élaboration de ce travail.

Nous sommes profondément sensible à la grande diversité de votre intelligence, à votre extraordinaire facilité d'expression et à l'amabilité que vous nous avez toujours témoignée.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur JOVER A.

Maître de Conférence Agrégé de Pneumo-Phtisiologie

Médecin des Hôpitaux

Après avoir eu l'honneur de bénéficier de la
qualité de votre enseignement, c'est avec un
très grand plaisir que nous vous avons retrou-
-vé pour notre premier semestre d'externat.

Votre gentillesse, la richesse de votre expé-
rience et la diversité de votre culture
médicale, nous ont séduit, vous resterez
toujours un Maître et je l'espère un Ami.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur BOUISSOU H.
Professeur d'Anatomo-pathologie
Médecin Biologiste des Hôpitaux

La clarté et la sympathie qui se dégagent de
votre Enseignement nous ont fait aimer votre
discipline.

Nous avons toujours trouvé auprès de vous un
accueil cordial.

Permettez nous de vous assurer de notre res-
-pectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur J.L. ALBAREDE
Maître de Conférence Agrégé de Pneumo-Phtisiologie
Médecins des Hôpitaux

Que nous remercions d'avoir bien voulu
accepter de juger ce travail.

I N T R O D U C T I O N

Le Lipome Bronchique

Le lipome bronchique est une tumeur bénigne indiscutable à condition de n'appeler ainsi que les lésions uniquement constituées par du tissu graisseux à l'exclusion de celles qui contiennent d'autres éléments et qui doivent être classées parmi les hamartomes.

Ceci soulève des problèmes d'ordre nosologique et justifiera de notre part un rappel anatomo-pathologique.

Etant donné qu'il représente 1 % à 3 % de l'ensemble des néoformations des bronches (Réf. 29), c'est une rareté dans la pathologie tumorale de cet organe (Réf. 38, 54, 65, 44).

Après un bref appel historique, le plan de notre étude sera le suivant :

- 1 - REPORT DE NOS TROIS OBSERVATIONS
- 2 - DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES : comprenant :
 - a - Rappel histologique de la bronche normale,
 - b - Classification des tumeurs broncho-pulmonaires,
 - c - Anatomo-pathologie du lipome et problèmes d'histogénèse qui en découlent.
- 3 - ETUDE CLINIQUE
 - a - Symptomatologie
 - b - Eléments du diagnostic et ses problèmes,
 - c - Etude thérapeutique : buts, moyens, indications, résultats.
- 4 - COMMENTAIRES : dégagés de l'étude comparative avec les données générales sus-citées.

HISTORIQUE

Fréquemment l'autopsie est à l'origine de la découverte d'une nouvelle maladie. Il en fut ainsi pour les tumeurs bénignes de l'arbre trachéo-bronchique, et en particulier pour les lipomes dont la première observation nécropsique revient à ROKITANSKY et LABOULBENE en 1854.

Cent ans plus tard, en 1954, EDWARDS chiffrera à cinq le nombre d'observations autopsiques de lipomes bronchiques.

KILIAM en 1897 ouvre l'ère de la bronchoscopie. CHEVALIER-JACKSON la perfectionne et s'en sert non seulement pour la découverte des tumeurs endo-bronchiques mais aussi pour leurs ablations. Son nom reste surtout attaché à l'étude des adénomes, et c'est seulement en 1927 que KERNAM fait le premier diagnostic endoscopique de lipome, suivi d'ablation selon la même voie.

WATTS, CLAGET, MAC-DONALD (1946) sont les pionniers de ce type d'exérèse.

Depuis, malgré les nombreuses décades qui se sont écoulées, rares sont les publications. Ainsi au cours d'une revue de la littérature : HUTCHESON et COLL en 1958 (Réf. 24), HUMMEL (J), ROUSSEL (A) et TRIBOULET en 1960 (Réf. 23) en avaient colligé 25 cas.

Dès lors, la littérature dans ce domaine semble plus florissante et ainsi certaines publications sont à citer, notamment celles de :

- CAPPELLINI (Réf. 12) en 1962
- PLACHTA et HERSHEY (Réf.43) en 1962
- CALDAROLA (Réf. 10) six observations personnelles en 1964
- JABLOKOW et RUBNITZ (Réf. 26) en 1966
- BELLIN en 1971 chiffre à 33, le nombre de cas publiés dans la littérature anglaise
- JENSEN et PETERSEN (Réf. 28) en 1970 publient trois nouvelles observations et portent à 51, le nombre de cas publiés. Ce chiffre est confirmé par CONSIGLIO (Réf. 17) qui, la même année, effectue un recensement de l'ensemble de la littérature

A ces publications, nous devons ajouter celles relatées par :

- RIBET (Réf. 49) en 1971
- ROSENBERG (Réf. 50) en 1971
- SCARABELLI (Réf. 51) en 1971
- FERLITO (Réf. 49) (trois cas) en 1972

Ce qui nous a permis de dénombrer 650 cas publiés de lipomes endo-bronchiques.

Outre sa rareté, le lipome bronchique se caractérise par sa latence clinique ainsi sommes nous surpris des longues histoires pendant lesquelles les sièges les plus évocateurs restent cliniquement muets.

De ce fait, il résulte que le traitement chirurgical qui devrait toujours être conservateur l'est rarement.

HUMMEL, ROUSSEL et TRIBOULET montrent que sur 25 lipomes bronchiques, il y a eu :

- Quatre lobectomies,
- Quatre pneumectomies (en particulier dans leurs deux observations)

chez les autres, deux fois sur trois, après l'ablation endoscopique, il persiste une suppuration importante nécessitant une amputation parenchymateuse secondaire.

Comment de nos jours préserver l'avenir respiratoire de ces malades sachant que la chirurgie est la seule arme thérapeutique que nous ayons à opposer à ce type de tumeur?

Il faut faire une chirurgie d'économie. Selon la voie tracée par SANTY, MATHEY et METRAS en France, qui furent les premiers à soupçonner le champ étendu de cette technique. Ces indications découlent de la bronchoscopie avec biopsie dirigée des lésions. C'est dire la nécessité de la vulgarisation de l'endoscopie devant toute symptomatologie infectieuse trainante ou récidivante, et ce d'autant plus que l'on est en présence d'un homme d'une cinquantaine d'années, fumeur habituel.

3 - RAPPORT DE NOS TROIS OBSERVATIONS

Premier cas :

Monsieur Jean S..., fonctionnaire, âgé de 51 ans, consulte en février 1970 son médecin traitant pour un épisode bronchitique nouveau fait de toux sèche, accompagnée de dyspnée. Le praticien découvre à la radio, une opacité du lobe supérieur droit et adresse son malade au spécialiste.

Ce dernier avait déjà été consulté par le patient à deux reprises au cours des sept années précédentes ; en 1963 et 1965, pour pneumopathie virale. Il entreprend un traitement : corticoïde et antibiotique et pratique une bronchoscopie montrant :

- une compression extrinsèque de la trachée sur sa face latérale droite, la biopsie à ce niveau est négative,
- une sténose polypoïde de la bronche lobaire supérieure droite, la biopsie de cette masse ne ramène qu'une muqueuse inflammatoire.

Une seconde endoscopie pratiquée quinze jours plus tard montre les mêmes aspects mais s'avère plus riche, quant aux résultats : la biopsie ramenant du tissu adipeux pur.

Le principe de l'exérèse de cette tumeur bénigne étant adopté, le malade est hospitalisé dans le service de chirurgie thoracique du C.H.U. de Purpan.

A son entrée, le sujet est en très bon état général. Le bilan complet pré-opératoire ne montre aucune anomalie tant sur le plan biologique, électro-cardiographique, gazométrique et spirométrique.

L'intervention prévue et réalisée le 24 avril 1970
(Pr. Eschapasse, Dr Fournial) consiste en une lobectomie supérieure supérieure assez difficile du fait des remaniements inflammatoires.

"Compte-rendu"

"
THORACOTOMIE DROITE dans le 5ème espace intercostal. Le poumon est presque entièrement libre. Il est emphysémateux au niveau du lobe supérieur qui présente en outre des zones granuleuses, légèrement indurées au niveau du segment ventral du lobe supérieur, au contact du lobe moyen ainsi qu'en arrière au niveau du segment dorsal qui adhère au Nelson.

On dissèque le hile ce qui est facile en avant, mais très difficile dans le fond de la scissure, car il y a de nombreuses adhérences, quelques ganglions d'aspect banal et de la fibrose autour des vaisseaux.

On réalise une lobectomie supérieure en sectionnant la bronche au ras de son implantation.

On terminera par la séparation de lobe supérieur et du lobe moyen. Deux drains, antibiotiques, fermeture."

Conclusion : lobectomie supérieure droite difficile pour une tumeur bénigne.

Compte-rendu anatomo-pathologique n° 71574.

^
La bronche du LSD est ouverte. On découvre une tumeur assez largement implantée dans l'orifice de la ventrale, foyer d'infection, séquelle d'atelectasie du lobe supérieur.

Microscopie : il s'agit d'un lipome intra bronchique. Autour du plan d'implantation de cette tumeur bénigne de 1,5 cm environ sur 5 mm de large (point d'implantation 4 mm de diamètre) on note une très importante réaction inflammatoire chronique avec un infiltrat lympho-histiocytaire dont l'épithélium est de type bronchique. Progressivement, cette réaction inflammatoire s'estompe et l'on retrouve le poumon sain.

Pr. BOUISSOU.

Les suites opératoires sont simples, excepté l'apparition au 8eme jour d'emphysème sous cutané nécessitant la mise en place d'un drain aspiratif temporaire. Les contrôles radiologiques post-opératoires n'ont pas montré de séquelles pleurales.

Le sujet sort le 7 mai 1970 en parfait état de santé, le pronostic est excellent.

Deuxième cas :

Monsieur Baptiste P..., âgé de 65 ans, cultivateur, hospitalisé à l'hôpital de Brive à la suite de la découverte d'une opacité anormale du lobe supérieur gauche. Lors d'un dépistage systématique de la médecine du travail, en octobre 1972.

Le patient est un tabagique modéré (deux paquets de gris par semaine), il ne présente pas de données anamnestiques familiales particulières et dans ses antécédents personnels, on note une toux et une expectoration remontant à une dizaine d'années.

La bronchoscopie est réalisée et demeure négative, comme les différentes investigations diagnostiques.

Monsieur P... est alors transféré dans le service de chirurgie thoracique de Purpan pour thoracotomie exploratrice.

A l'entrée dans le service, nous sommes en présence d'un malade dont l'état général est médiocre, légèrement déprimé, qui présente une dyspnée assez importante pour des efforts modérés et chez lequel on redoute une néoplasie maligne. Les différentes investigations entreprises dans cette optique restent négatives, tandis que l'épreuve fonctionnelle respiratoire objective un syndrome ventilatoire de type mixte à prédominance obstructive avec une notion de capacité vitale 2950, un VEMS à 1500, un Tiffeneau à 55 %. La gazométrie révèle l'existence d'une hypoxie avec un PO₂ à 60 mm de Hg, une saturation à 91 %. Devant l'absence de contre-indications générales et fonctionnelles, l'intervention est décidée et réalisée le 19 décembre 1972.

Par thoracotomie gauche dans le 5ème espace, une lobectomie supérieure est pratiquée, (Pr Eschapasse, Dr Fournial, Dr Toffa) du fait de la mauvaise qualité du parenchyme et de l'importance de l'emphysème. A l'ouverture de la pièce, le chirurgien à l'agréable surprise de constater l'existence d'une petite tumeur pédiculée, d'allure bénigne, L'anatomo-pathologie confirme cette opinion et montre qu'il s'agit d'un lipome.

• Cette tumeur est une tumeur bénigne, il s'agit d'un lipome qui bombe dans la lumière bronchique, l'obstrue complètement et provoque une atélectasie massive de tout le culmen avec quelques foyers inflammatoires aigus. Ce lipome est sûrement une dysgénèse car on trouve tout à fait à son apex deux petites formations cartilagineuses. Il est revêtu par un épithélium bronchique normal. Il repose sur la paroi bronchique. On retrouve, en effet, à sa base du cartilage et des glandes bronchiques. Tout à fait à sa base également, on retrouve une artère pulmonaire obstruée par une thrombose ancienne, réhabilitée, survenue par strates successives. Dans le culmen, les artères pulmonaires sont aussi le siège d'artériosclérose prononcée avec thrombose pariétale.

Cette thrombose peut être le fait des phénomènes atélectasiques prononcées. Dans les divers fragments pulmonaires analysés, on ne retrouve pas d'image de dysgénèse, d'hamartome. Les deux ganglions analysés présentent pas évidemment d'image de métastase. Ils ont simplement le siège de lésions d'irritation et d'une anthracose (N° 72/15292 Pr. Bouissou).

Les suites opératoires sont marquées par une hypo-ventilation passagère du lobe restant, puis à la 48ème heure par l'apparition d'un décollement parenchymateux.

Mr P... sort le 4 janvier dans un état satisfaisant.

Troisième cas :

Il s'agit d'un cultivateur, âgé de 67 ans, amené à consulter à la suite de l'apparition d'une angine, rapidement compliquée de manifestations trachéo-bronchiques peu fébriles, associant de la toux à une expectoration abondante muco-purulente rebelle au traitement d'épreuve instauré. Dans ces conditions, un examen radiographique est pratiqué et montre une opacité systématisée au lobe supérieur droit qui motive l'hospitalisation à la clinique Pasteur le 20 mai 1974.

L'état général est relativement satisfaisant, alors que l'anamnèse permet de retrouver une notion de tabagisme ancien (abandonné depuis trois mois) des épisodes hivernaux de bronchite chronique remontant à 5 ou 6 ans. Les examens entrepris tant sur le plan somatique que biologique n'offrent pas de résultats particuliers. Par contre, sur le plan fonctionnel, la spirométrie met en évidence une insuffisance ventilatoire de type mixte avec une amputation de 20 % de la capacité vitale et une baisse de 40 % des tests de débit. La gazométrie artérielle objective une discrète hypoxie sans hypercapnie.

Toutefois, l'examen fondamental a été la bronchoscopie montrant

- une trachée, un arbre bronchique gauche d'aspect normal,
- par contre à droite, on constate l'obstruction quasi complète de l'orifice lobaire supérieur par deux formations polypoides, pédiculées, lisses, mobiles à la respiration, faisant issue dans la bronche souche à l'expiration.

L'étude anatomo-pathologique de la prise biopsique donne le résultat suivant :

^ La bordure épithéliale superficielle de la bronche et sa basale recouvrent un chorion entièrement occupé par un tissu lipomateux pur. Il s'agit d'un lipome bronchique sans aucun autre tissu tumoral. ^

Dans ces conditions, on propose au malade une intervention chirurgicale dont il accepte le principe. Il est alors transféré au service de chirurgie thoracique de l'hôpital Purpan, où il est opéré le 18 juin 1974, (Pr. Gaillard, Dr. Toffa).

L'intervention consiste en une exérèse d'une petite tumeur (deux cm sur quatre cm de long) d'allure bénigne et finement pédiculée.

Cette ablation se fait par bronchotomie postérieure après thoracotomie du cinquième espace intercostal droit.

Les suites opératoires sont excellentes. La bronchoscopie de contrôle pratiquée avant la sortie du malade est satisfaisante.

DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

A - HISTOLOGIE DE LA BRANCHE NORMALE

L'appareil respiratoire comprend deux parties distinctes :

- D'une part, la portion de conduction constituée des voies aériennes supérieures et des voies aérophores proprement dites, ce sont celles-ci qui nous intéressent ici, et que l'on appelle communément l'arbre trachéo-bronchique.

- D'autre part, la portion respiratoire qui représente la partie fonctionnelle.

Quelle est la structure de l'arbre trachéo-bronchique ?
Ici aussi, il faut individualiser deux parties :

a - La trachée et les bronches souches, ce sont de gros conduits faits d'une armature cartilagineuse et fibreuse, tapissée intérieurement d'une muqueuse de type "respiratoire".

L'armature est elle-même constituée d'un empilement d'arceaux cartilagineux hyalins, dont les extrémités sont reliées par un faisceau de cellules musculaires lisses ("Muscle trachéal"). Ces formations sont rendues solidaires par du tissu conjonctif dense riche en fibres élastiques.

La muqueuse peu épaisse comprend : un épithélium de type respiratoire, c'est-à-dire cylindrique pseudo-stratifié avec cellules ciliées et cellules muqueuses, ce dernier reposant sur un chorion riche en tissu lymphoïde et en fibres élastiques. Ces fibres se condensent à la partie profonde du chorion en une couche élastique à l'extérieur de laquelle le tissu conjonctif plus lâche renferme des glandes muqueuses et parfois séreuses.

b - Les bronches intra-pulmonaires qui présentent la même structure que les précédentes mais qui se différencient du fait d'éléments cartilagineux moins importants et par l'organisation circulaire de fibres musculaires intra-choriales créant le muscle bronchique de REISSESSEN. De ces variations, il résulte une moins grande rigidité la possibilité de constriction active.

Pour notre étude sur les lipomes bronchiques, l'élément essentiel du point de vue structural, est l'existence de l'état normal de tissu graisseux dans les bronches.

Cette présence a été découverte par WATTS et CLAGET et MAC-DONALD en 1946 (Réf. 62) ces auteurs montrèrent que :

- Dans les grosses bronches, le tissu adipeux est constamment présent dans le conjonctif qui entoure le cartilage.

- Quelques amas de graisses sont présents dans la zone muqueuse (entre le cartilage et la musculature).

- Quand il n'existe pas de tissu adipeux dans la sous muqueuse, il se trouve très souvent entre le cartilage.

- Habituellement, les bronchioles contiennent de la graisse de façon directement proportionnelle à leur teneur en cartilage de telle sorte que :

Les bronchioles sans cartilage ne contiennent pas de tissu adipeux. Les auteurs conclurent :

- Dans les grosses bronches, les lipomes prennent naissance du tissu graisseux normalement présent à ce niveau.

- Dans le parenchyme, le lipome peut se développer à partir des éléments graisseux que l'on y trouve souvent.

Ces données furent confirmées par BEATON et HEATLY en 1952 (Réf. 4) qui montrèrent par une série de coupes, la présence de tissu adipeux dans l'atmosphère péri-glandulaire, vasculaire et entre le cartilage. Mais sur les coupes les plus périphériques, les plus petites et les plus diverses, trouvèrent de la graisse dans la sous-muqueuse.

Ce rappel anatomo-histologique terminé, quelle est la place des lipomes bronchiques dans la pathologie tumorale bronchique ?

B - CLASSIFICATION DES TUMEURS BRONCHO-PULMONAIRES

La classification des tumeurs broncho-pulmonaires qui s'impose, est très délicate. En effet, si on élimine d'abord le groupe des tumeurs malignes de notre étude, sachant que ce sont elles les plus importantes et que l'on doit toujours y penser dès le début de l'examen.

La classification des tumeurs bénignes est très controversée, la confusion est grande, non pas tant du fait de la conservation d'anciennes dénominations, mais du fait des divergeances naissant surtout de l'évolutivité différente de tumeurs histogéniquement apparentées ou arbitrairement regroupées.

Qu'est-ce qu'une tumeur bénigne ?

Classiquement c'est une tumeur qui se présente macroscopiquement sous la forme d'une masse arrondie, régulièrement encapsulée, mais dont la définition est histologique. Il y a fixité de la structure dans le temps et dans l'espace (Gali).

Les éléments constitutifs de la tumeur bénigne ne présentent pas de mitose, pas de monstruosité cellulaire, ni d'anarchie structurale, pas d'infiltration diffusante, aucun pouvoir métastatique. La guérison est définitive après exérèse correcte.

Nous avons adopté pour éviter toute équivoque, la classification suivante et qui distingue deux catégories de tumeurs :

- celles d'origine épithéliale,
- celles d'origine conjonctive.

. Les tumeurs épithéliales se subdivisent :

- en tumeurs du revêtement : papillomes,
- en tumeurs d'origine glandulaire et excréto-bronchique regroupées sous le vocable "d'epistomes" (Réf. 20) Delarue.

Les plus importantes sont les carcinoïdes et les cylindromes. C'est de ce groupe que naissent les difficultés, les adénomes étant pour certains bénins, d'autres, au contraire, parlent de tumeurs à malignité atténuée ; des métastases ont été signalées et prouvées histologiquement (Delarue, Depierre, Paillas). De telle sorte qu'il semble s'agir d'états "frontière" (Soulas, Mounier-Kuhn).

. Les tumeurs conjonctives regroupent :

- Les tumeurs mésenchymateuses : lipomes, leiomyomes et fibromes, étant les plus classiques.
- Les bronchiomes, qui selon WIKLUND, associent les hamartomes et les chondromes. Ces formations méritent d'être différenciées des tumeurs précédentes du fait de leur siège intra-parenchymateux, et du fait de leur origine dysembryoplasique pour de nombreux auteurs (d'autres en particulier BARIETI et PALLIS pensent à une origine tumorale).

On peut considérer les hémartomes périphériques ou le rapport avec la bronche n'est pas évident comme des tumeurs dysembryoplasiques, et celles à développement endobronchique comme inflammatoires acquises.

La distinction entre hamartome et chondrome est logique, le premier étant une formation pluritissulaire le second est unitissulaire.

Ceci pose des problèmes d'ordre nosologique. En effet faut-il avec FELLER 1922, n'appeler lipomes que les tumeurs uniquement constituées par du tissu graisseux, bien encapsulé, et par là même éliminer les formations contenant d'autres éléments tissulaires ?

Celles-ci ayant été regroupées par ALBRECHT en 1904 (Ref.1) sous le terme d'hamartomes qu'il définissait comme des "formations tumorales où l'on ne se trouve en présence que des parties composantes normales de l'organe où on les rencontre, mais dans un rapport anormal en ce qui concerne soit la proportion, soit la composition, soit le degré de maturation, soit les trois à la fois".

Cette distinction nous semble donc logique, bien que du point de vue clinique, elle est dépourvue de toute signification (BERGMANN 1959, Ref.6).

Mais elle trouve sa justification du point de vue de l'histogénèse.

Histogénèse : Trois théories sont en présence :

Origine hyperplasique inflammatoire : Toute inflammation aboutit au sein de l'organe intéressé, soit à une restitutio ad integrum, soit à une fibrose cicatricielle, soit à une réaction hyperplasique d'un ou plusieurs de ces constituants.

Cette théorie est soutenue par LAMY (Ref.32) pour qui l'absence de coque fibreuse, l'étude des zones d'accroissement, font soupçonner une origine histiocytaire. La prolifération des histiocytes et leur transformation en adipocytes seraient induites par un processus inflammatoire chronique.

Théorie tumorale : Tout élément mature d'un organe peut se mettre à un moment donné à proliférer. Avec WATTS (Ref.62) et de nombreux auteurs, nous pensons que le lipome se développe à partir du tissu graisseux présent normalement dans les grosses bronches. En se développant, la tumeur peut englober d'autres éléments, telles les glandes mucipares, les fibres musculaires, les filaments du tissu

conjonctif, autant d'éléments qui peuvent simuler un hamartome lipomateux, mais qui en réalité présente une structure plus complexe.

Théorie dysembrioplasique : C'est celle qui semble la plus valable en matière d'hamartomes. Elle peut expliquer le développement de certains lipomes périphériques, là où normalement le tissu adipeux fait défaut.

— — — — —

C/ Traitement

PHASE DE LATENCE : Tous les auteurs sont d'accord pour dénoncer la latence clinique des lipomes.

Sa durée est indéterminée, et varie de quelques mois à plusieurs années (jusqu'à 25 ans), avec une moyenne de 5 à 6 ans, d'après étude du Massachussets Hospital. Le traitement serait ici à coup sûr conservateur contrairement à la phase suivante ou trop souvent on est amené à voir le malade.

PHASE D'IRRITATION : Elle est faite de symptômes banaux trop facilement rattachés au tabagisme ancien, c'est le cas en particulier de la TOUX quasi constante, d'apparition précoce elle est classiquement sèche au début, sifflante, à prédominance nocturne. Elle prend parfois un caractère coqueluchoïde avec possibilité de quintes suffocantes.

Signalons le cas de TERRACOL mort par suffocation après accouchement du lipome dans la trachée.

- Les HEMOPTYSIES, classiques pour d'autres tumeurs bénignes, elles sont rares en matière de lipomes. Elles sont toutefois rencontrées dans environ 30% des cas. C'est incontestablement le signe d'alarme d'autant plus qu'elles surviennent inopinément au début et à la fin brusques. Faites de sang rouge vif, elles sont généralement peu abondantes, il n'y a pas de queue d'hémoptysie. En cas de surinfection, elles s'accompagnent de pus. Elles sont dues aux lésions bronchiques associées, notamment aux bronchectasies, plus qu'à la tumeur elle même.

- Le WHEEZING, quand il est présent, il a le mérite d'être pathognomonique de l'obstruction bronchique. Malheureusement il est rarement perçu.

- La DYSPNEE qu'elle soit d'effort ou de repos, c'est un signe tardif.

La tumeur peut enfin entraîner d'autres manifestations comme des signes de type asthmatiforme, voire même de véritables crises d'asthme, le lipome jouant le rôle d'épine irritative.

Au total à ce stade, le tableau clinique est rarement complet, et associe deux ou plusieurs signes du syndrome d'irritation. Il impose la pratique de la bronchoscopie qui, source de diagnostic précoce, permettra une chirurgie d'épargne garante d'un avenir fonctionnel respiratoire satisfaisant. Ce ne sera pas le cas à la

PHASE DE STENOSE ou apparaissent :

- des troubles de la ventilation
 - des phénomènes suppuratifs d'amont.
- a/ Troubles de la ventilation : ils sont de deux types :
- Soit absence totale d'air entraînant l'atélectasie de tout un segment, tout un lobe, parfois même de tout un poumon. Cette atélectasie s'installe à bas bruit, ou brutalement avec point de côté, poussée fébrile et dyspnée.
 - Soit rétention d'air en trop grande quantité du fait de la gêne mécanique engendrant un phénomène de soupape et aboutissant à la formation d'emphysème obstructif.
- Ce dernier peut avoir une topographie segmentaire, lobaire s'il intéresse tout un poumon nous aurons une hyperclartée de tout l'hémithorax correspondant, avec à la scopie, attraction expiratoire du médiastin du côté sain : c'est le signe d'HOLZNECHT-JACOBSON.
- b/ Les phénomènes suppuratifs s'expriment de plusieurs manières :
- Clochers fébriles inexpliqués, isolés, égarant le diagnostic.
 - Pneumopathies à répétition qu'elles soient virales ou bactériennes, lobaires ou segmentaires, leur répétition doit faire penser à l'obstacle bronchique;
- Elles sont trop souvent à l'origine de traitements anti-infectieux et anti-inflammatoire d'épreuve (parfois même traitement anti-bacillaire) qui ne font que retarder le diagnostic.
- BRONCHECTASIES tardives et souvent muettes.

- Suppurations et abcédation ne sont pas exceptionnelles, elles passent à la chronicité entraînant une organisation des lésions avec des remaniements parenchymateux auto-entretenant les surinfections.
- Les manifestations pleurales ne sont pas exceptionnelles en particulier les pleurésies purulentes dues à la suppuration pulmonaire chronique. Elles grèvent lourdement le pronostic opératoire et fonctionnel des malades.

Nous concevons donc que des troubles de la ventilation et phénomènes suppuratifs associés dans des proportions diverses entraînent :

- Une altération du parenchyme pulmonaire avec le retentissement fonctionnel qu'elle engendre et qui sera objectivé par l'épreuve fonctionnelle respiratoire, c'est ce qui s'est produit chez un de nos malades.
- Des remaniements bronchiques, pulmonaires, parfois même pleuraux nécessitant une chirurgie mutilatrice.

De ces faits il résulte que la gravité des lipomes bronchiques (comme d'ailleurs la plupart des tumeurs bénignes de l'arbre trachéo-bronchique) réside pratiquement uniquement dans les complications inflammatoires d'amont, amputant de manière irréversible le parenchyme pulmonaire. Ceci nous permet d'insister une fois de plus sur la nécessité absolue de la précocité du diagnostic, dont nous allons envisager maintenant les modalités et les problèmes qu'il soulève.

B/ DIAGNOSTIC ET SES PROBLEMES : Tous les auteurs soulignent le caractère tardif du diagnostic qui s'explique par :

- La rareté de cette forme tumorale peu présente à l'esprit du médecin.
- Son évolution latente.

Quels sont nos moyens ?

- L'examen clinique
- La radiologie
- La Bronchoscopie
- La Bronchographie et en dernier recours la...
- Thoracotomie.

EXAMEN CLINIQUE : Il apporte en général peu de renseignements, sauf dans l'éventualité de lésions parenchymateuses d'amont.

Il sera complet et comprendra :

- La recherche de données anamnestiques familiales
- Etude des antécédents personnels, le plus souvent épisodes infectieux à répétition remontant à 5 ou 6 ans.
- L'interrogatoire précisera l'âge du malade compris entre 50 et 60 ans avec des extrêmes de 29 à 85 ans.
- Le sexe, il faut souligner une légère prédominance pour le sexe masculin.
- Une notion de tabagisme presque constante
- Les signes fonctionnels et l'état général du malade;
- L'examen somatique s'efforce de rechercher les signes du syndrome obstructif :
 - Une contre-indication à l'intervention
 - Un néoplasme viscéral
- La biologie est généralement satisfaisante à quelques signes inflammatoires près.
- L'épreuve fonctionnelle respiratoire objective un syndrome généralement mixte, elle présente surtout l'intérêt pour le choix des indications.

LES DONNEES RADIOLOGIQUES : La scopie peut mettre en évidence un mouvement de balance médiastinal en cas de troubles ventilatoires importants, elle permet d'étudier la dynamique diaphragmatique.

La radiographie standard (clichés de face, de profil et coupes tomographiques) donne deux ordres de signes :

- Directs : comme le faisait remarquer LAMY (Ref.32) il est rare de voir la tumeur, sauf pour celles à développement dans les régions hilaires et soulevant le problème étiologique d'une adénopathie. Notre première observation a été faite à la suite de la découverte d'une opacité nodulaire lors d'un examen de dépistage systématique. Signalons à ce sujet la valeur extrême de tels examens dans notre lutte contre les affections broncho-pulmonaires au premier rang desquelles plane la hantise du cancer bronchique.

- Indirects : Ce sont les troubles de la ventilation se traduisant :
 - Soit par des images d'atélectasie avec au maximum opacité en nappe homogène de tout un hémithorax, attraction de la trachée, du coeur et des gros vaisseaux, ascension du diaphragme, intrication des côtes du côté malade. Le plus souvent opacité systématisée d'un lobe, d'un segment identifié par l'étude des clichés de face et profil.
 - Soit par une hyper-clarté intéressant au maximum tout un hémithorax si tout le poumon est atteint. Habituellement hyperclarté systématisée, segmentaire ou lobaire donnant dans ce cas une image triangulaire à sommet hilaire.
 - Les phénomènes suppuratifs d'amont se traduisent par toute sorte d'images qui font discuter l'ensemble de la pathologie pulmonaire;

LA BRONCHOSCOPIE : C'est l'atout majeur du diagnostic, sur elle repose tous nos espoirs, car souvent nous sommes en présence d'un homme tabagique en âge du cancer bronchique, en bon état général, et qui présente unessymptomatologie respiratoire atypique. Les investigations classiques n'ayant pas tranché le diagnostic, l'endoscopie s'impose.

Sa technique doit être parfaite, le sujet préparé psychologique-ment, légèrement prémédiqué. L'anesthésie des voies aériennes réalisée, l'endoscopie commence. Sa valeur est indiscutable.

- Elle permet de voir la tumeur, et donc d'en affirmer l'existence, d'emblée le bronchoscopiste note l'aspect généralement bénin d'une lésion régulière, jaunâtre et finement pédiculée.

- De préciser son siège, pour ASHE, HCHESON et PAUSON (Ref.24) les lipomes siègent préférentiellement à gauche. En fait sur les 51 cas publiés en 1970 la répartition était la suivante (Schéma I).

- 2 siégeaient à la partie inférieure de la trachée
- 12 dans la bronche principale gauche contre 5 à droite.
- cette différence peut s'expliquer par l'inégalité de longueur des deux troncs souche.
- 9 dans la bronche lobaire supérieure droite,
- 6 dans la lobaire supérieure gauche
- 3 cas ont été décrits au niveau de la lobaire moyenne droite, ce siège est exceptionnel comme l'avaient soulignés FERLITO, BONITO, et SYLVESTRI (Ref.21) à propos de leur cas.

RAMSEY (Ref.47) fut le premier à rapporter une telle localisation.

En ce qui concerne la lobaire inférieure, la distribution est la suivante :

- 6 à droite contre 5 à gauche
- 3 lipomes avaient un développement parenchymateux, ils siégeaient tous à droite.

Enfin l'endoscopie permet de faire une étude de la dynamique pariétale; tout enraidissement étant de mauvaise augure. Quoi qu'il en soit ce serait une lourde erreur que de se fier à l'aspect bénin qui n'a rien de pathognomonique, et de ne pas pratiquer la biopsie de la lésion. La plupart des lipomes sont diagnostiqués par la biopsie, cette dernière doit être large à la pince et de ce fait risque de s'avérer dangereuse en cas d'adénome qui sont hémorragiques. La prise biopsique suffit en général pour porter le diagnostic sur la constatation d'amas de cellules graisseuses.

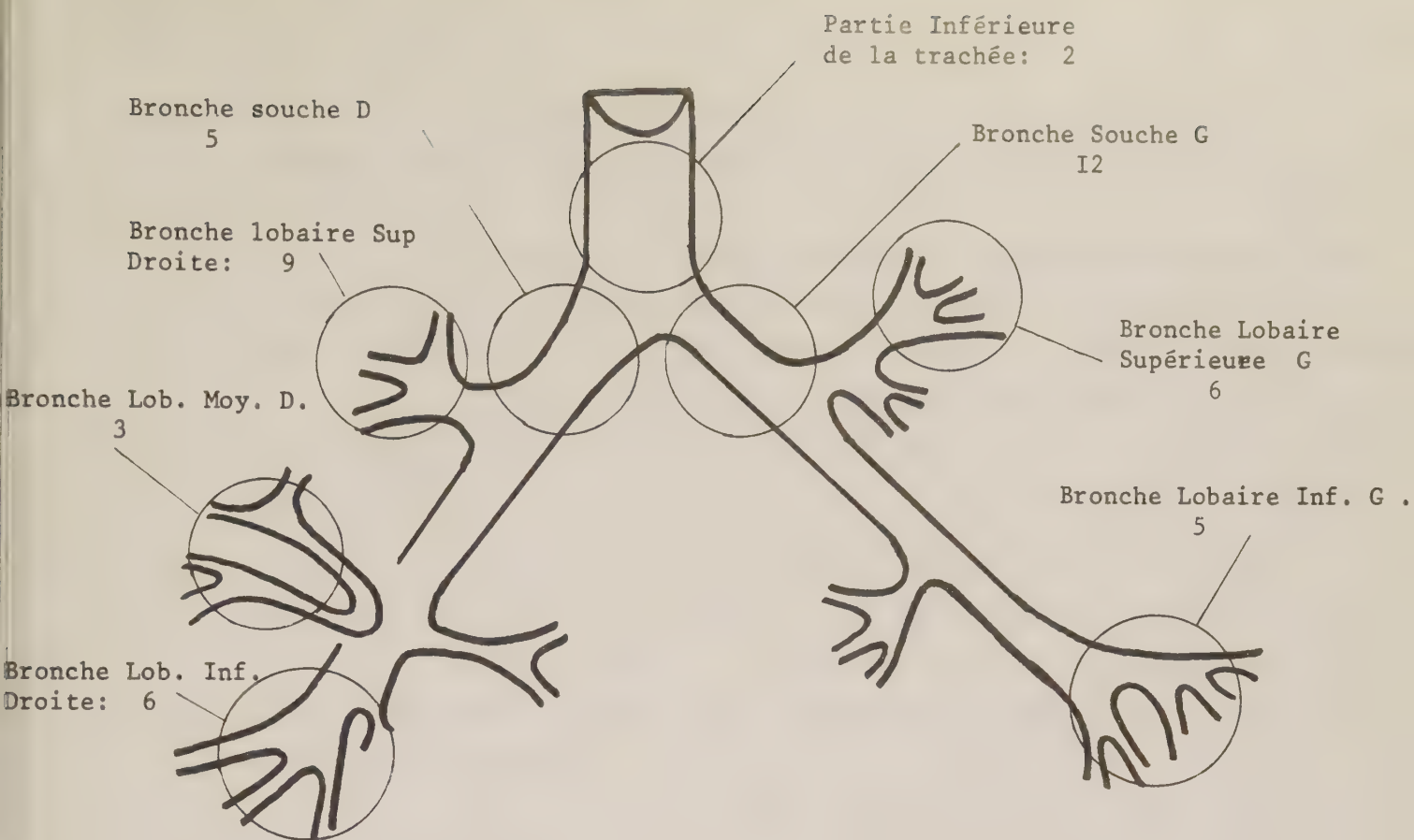


Schéma I

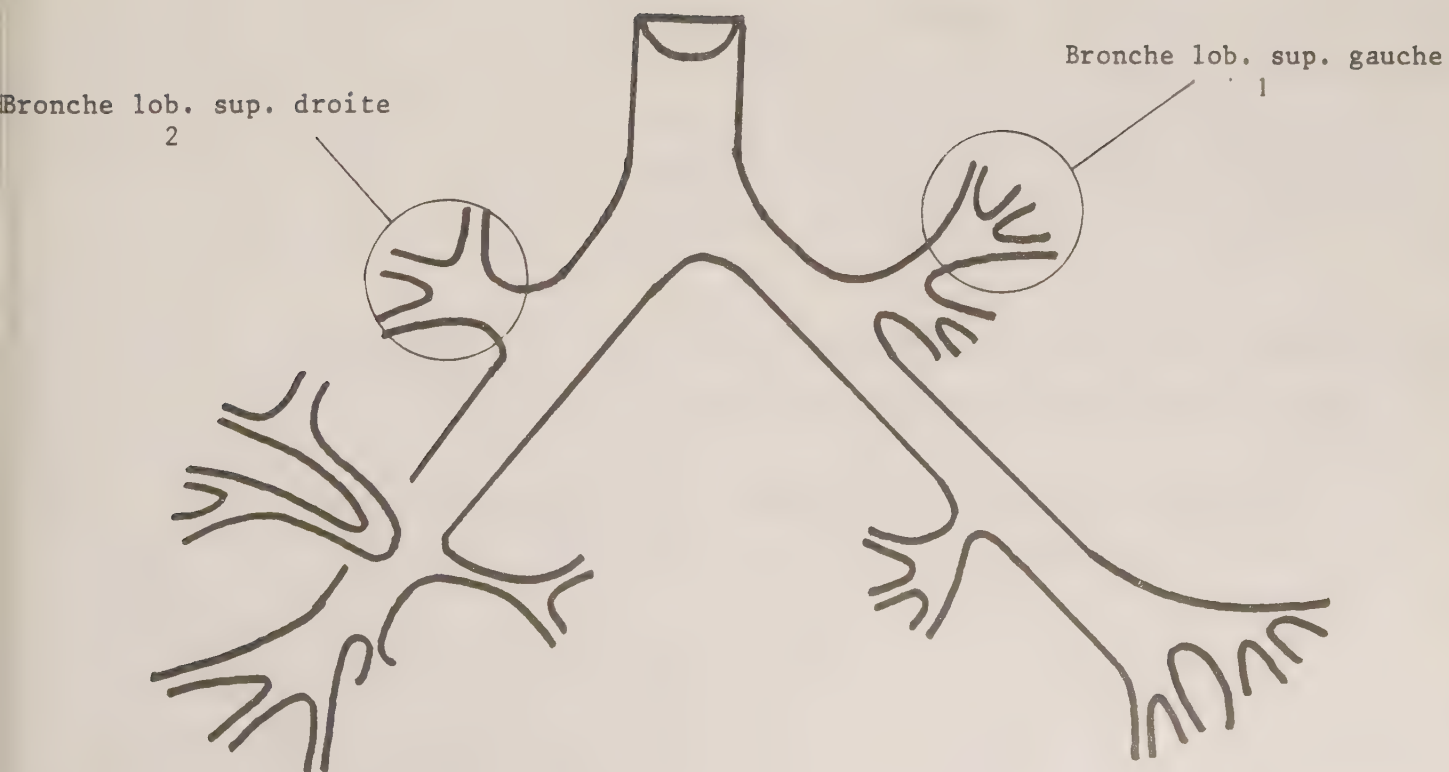


Schéma II

Localisation de nos trois observations

Le dernier temps sera l'aspiration des sécrétions que l'on répètera les trois jours suivants, et dont sera faite l'étude cyto-bactériologique.

L'endoscopie comme tout examen complémentaire sérieux a ses limites. Dans ces indications chez des sujets agités, non coopérants, ou en mauvais état général, il s'agit en principe de contre indications temporaires.

Dans sa technique, par son siège périphérique, la tumeur n'est pas toujours accessible. (Toutefois la fibroscopie qui permet d'aller très loin et d'explorer les parties les plus distales de l'arbre bronchique a considérablement élargi le champ des indications de l'endoscopie. Elle peut passer inaperçue car masquée par des sécrétions. Ainsi la tumeur n'est-elle visionnée que dans 60% des cas selon CLAGET et MAC-DONALD(Ref.62).

Dans ses résultats biopsiques, la prise pouvant être blanche, ce qui s'explique facilement par l'histologie, la tumeur étant recouverte d'un épithélium normal.

Enfin la bronchoscopie depuis KERNAM (Ref.31) est une arme thérapeutique supplémentaire en notre possession, nous en reparlerons.

LA BRONCHOGRAPHIE : Elle n'est pas indispensable si la biopsie a été positive, dans les cas contraires, elle est parfaitement justifiée, et permet parfois d'objectiver l'image en cupule signant l'obstruction bronchique. Dans tous les cas, elle a le mérite, à condition que l'obstruction ne soit pas complète, de traduire l'état du parenchyme d'amont, qui nous le verrons revêt une grande importance au moment de l'indication chirurgicale. A ce stade, le diagnostic positif est généralement porté.

THORACOTOMIE : Elle ne devrait se faire qu'après diagnostic certain; au moindre doute on aura recours à la lobectomie.

C/ ASPECTS THERAPEUTIQUES : Buts, moyens, indications, résultats.

Buts : Ils sont triples, la thérapeutique se propose en effet :

- D'assurer la guérison définitive par exérèse de la tumeur obstructive sachant qu'en matière de lipome le problème de la malignité ne se pose pas. Il n'a jamais été fait état de récurrence ou de dégénérescence.
- Contrairement aux lipomes sous-cutanés ce sont des tumeurs uniques.
- Eventuellement traiter les lésions distales suppuratives
- Préserver l'avenir fonctionnel respiratoire.

Moyens : ils sont doubles : Endoscopiques et chirurgicaux.

Résection endoscopique : séduisante, inaugurée par KERNAM (ref.31)

Elle se fait :

- soit d'emblée au serre noeud
- En plusieurs temps par morcellement à la pince.
- Par électrocoagulation

Ablation chirurgicale : c'est-à-dire exérèse de la pièce tumorale après thoracotomie :

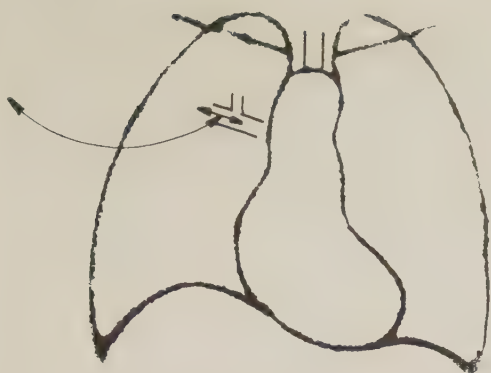
- De manière économique par bronchotomie
- Mutilatrice après segmentectomie, lobectomie, voir même pneumonectomie.

Ainsi, la revue de la littérature nous montre que sur les 65 cas publiés jusqu'en 1972,

11 furent découverts par l'autopsie
 2 ont été enlevés par énucléation
 1 malade est décédé d'asphyxie dans l'attente de
 l'ablation endoscopique de son lipome
 Quant aux autres cas, leur exérèse peut être
 schématisée de la manière suivante :



.21 lipomes furent enlevés par endoscopie .
 (REFERENCES : 3,4,10(2cas), 21(2cas), 22,
 27, 31, 32, 34, 36, 39, 40,
 47, 52, 53 (2cas), 63, 64)
 dont un cas électrocoagulé (réf.60)



. 3 ont été enlevés par bronchotomie
(réf : 8, 17, 57)

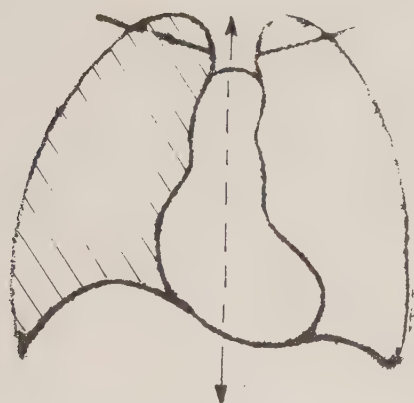
C'est ce type d'intervention qui a été
réalisée chez notre 3ème sujet



. 18 Lobectomies :

(Réf. 5, 10(3cas), 11, 14, 18, 24, 28(3cas)
32, 37, 42, 47, 49, 59, 62).

Nos deux premiers cas ont été redevables
de ce type d'intervention.



. 1 Bilobectomie

(Réf : 55).

. 8 Pneumonectomies

(Réf : 10, 23 (2cas), 24, 26, 35, 56, 58).

Nous nous apercevons donc, qu'au cours des 20 dernières
années, la plupart des lipomes ont été enlevés après thoractomie.

Quels sont les éléments qui guident le choix du
clinicien ?

Indications : Les progrès de la chirurgie ont considérablement res-
treint le champ des contre-indications. Deux sortes
d'éléments entrent en ligne de compte :

- Le problème de la nature histologique de la tumeur
habituellement résolu par la biopsie, mais au moindre
doute l'exérèse élargie s'impose

- Le souci de pratiquer une intervention économique en vue de préserver au maximum la fonction respiratoire. Cette ressource n'est concevable qu'en l'absence de lésions parenchymateuses suppuratives d'amont.

Dans ces conditions, nous comprenons que :

La cure par voie endoscopique ne s'adresse qu'à :

- de petites tumeurs facilement abordables
- dont la nature histologique est certaine
- à développement exclusivement endobronchique (ce n'est pas toujours le cas, ref :14).
- enfin à la condition absolue qu'il n'existe pas de remaniements en amont de la lésion impliquant une épreuve fonctionnelle respiratoire normale, un bronchogramme satisfaisant, un aspect de la paroi bronchique normale à l'endoscopie. Autant de réserves, jointes au fait que l'ablation endoscopique n'est pas sans danger, et qui nous font préférer :

La chirurgie : soit simple exérèse par bronchotomie.

C'est la méthode de choix, malheureusement elle ne s'applique que dans les cas privilégiés (Réf : 57,60). Nous avons pu la réaliser une fois (observation n°3). Ou le plus souvent, chirurgie mutilatrice (comme ce fut le cas pour nos observations N°1 et 2); il s'agit habituellement de lobectomies, parfois l'état de pneumopathie organisée les lésions tissulaires étendues et irréversibles nous amènent à pratiquer la pneumectomie. Sanction extrême pour une lésion foncièrement bénigne.

- RESULTATS -

a/ Immédiats : Ils sont excellents en ce qui concerne la chirurgie; la mortalité opératoire étant actuellement nulle.

La morbidité est négligeable.

En ce qui concerne la résection endoscopique le pronostic est plus réservé; et les résultats sont mauvais comme le soulignaient OSHSNER et LEJEUNE (Réf.40).

En effet, deux fois sur trois apparaissent après la cure endoscopique, des phénomènes suppuratifs importants. Ainsi sur 18 exérèses selon cette voie en 1970,

- 2 lobectomies secondaires ont été nécessaires
- 5 patients ont présenté des lésions résiduelles radiovisibles

- chez tous les autres sujets, c'est posé le problème d'une intervention chirurgicale complémentaire. Ils l'ont refusé au prix de troubles importants de leur fonction respiratoire.

Ces données mettent en évidence la nécessité d'un optimisme modéré quant à la valeur de cette thérapeutique, certes séduisante, mais qui connaît ses limites dans son efficacité. Celles-ci naissent probablement des remaniements d'amont quasi-constants étant donné le caractère habituellement tardif du diagnostic.

b/ Eloignés : Nous l'avons vu, l'endoscopie ne semble pas garantir un avenir fonctionnel respiratoire satisfaisant à ces malades.

Par contre, la chirurgie nous fournit de meilleurs résultats dans ce domaine. Il est évident qu'ici le problème carcinologique étant exclu, seul l'avenir fonctionnel respiratoire entre en ligne de compte.

Après des interventions d'économie au premier rang desquelles se situe la bronchotomie (réalisée chez notre 3ème malade) l'avenir respiratoire est toujours préservé et largement satisfaisant.

Par contre après des interventions plus larges comme celles pratiquées par HUMMEL l'amputation d'une grande partie de l'appareil respiratoire va gréver lourdement le pronostic foncièrement bon de cette affection bénigne.

De tels faits mettent en évidence les conséquences parfois désastreuses de l'obstruction bronchique par cette tumeur bénigne et justifient la nécessité d'imposer aux épisodes pulmonaires infectieux récidivants, accompagnés ou non d'hémoptysies, un examen bronchoscopique.

COMMENTAIRES

-:-:-:-:-

Si nous avons jugé utile de rapporter trois nouvelles observations de Lipomes bronchiques, ce n'est pas uniquement dans le souci d'apporter des cas nouveaux d'une entité pathologique assez rare, mais parce que les Lipomes présentent des motifs d'intérêt d'ordre nosologique, pathogénique et clinique.

A/ Dans les deux premiers cas rapportés, et tout particulièrement dans le second, l'examen histologique a mis en évidence du tissu cartilagineux qui pourrait nous faire parler d'hamarto-chondrome lipomateux. En fait de telles observations ont été faites antérieurement par Liebow 1952, Mc CALL et HARRISSON 1955, CAPELLINI et plus près de nous par FERLITO 1972. Cette présence cartilagineuse peut faire penser à une dysgénèse c'est l'hypothèse émise par l'histologiste et qui est variable si on est en présence d'un véritable hamartome. Dans le cas contraire, nous sommes à même de penser que la tumeur dans sa croissance a englobé d'autres éléments constitutifs normaux de la paroi bronchique (ici du cartilage).

Dans notre première observation, si la nature histologique ne faisait aucun doute, la présence au niveau de la zone d'implantation de la tumeur d'une importante réaction inflammatoire chronique avec infiltration lympho-plasmocytaire abondant, peut faire soupçonner une cause inflammatoire dans la génèse du processus tumoral. Ceci est en accord avec la théorie soutenue par LAMY.(Cf Anat.path).

B/ En ce qui concerne les données pathogéniques, nos observations ont été conformes aux données générales, en particulier en ce qui concerne :

- Le siège de la tumeur au niveau des grosses bronches (2 dans la bronche lobaire sup. droite, 1 dans la lobaire sup. gauche) (Cf. schéma II).

- L'âge de survenue le plus jeune de nos malade avait 51 ans le plus vieux 67.

- Il s'agissait toujours de sujets du sexe masculin.
- Quant à la tumeur elle même, l'anatomie-pathologie a montré que ces caractéristiques étaient conformes aux descriptions classiques.

C/ Du point de vue de la clinique, nous avons retrouvé le caractère latent de ce type de tumeur. En effet l'une de nos observations a été occasionnelle puisqu'il s'agissait d'un dépistage de médecine du travail. Chez les deux autres patients, c'est l'apparition d'un épisode nouveau qui a amené le diagnostic chez des sujets présentant une symptomathologie bronchique traînante et récidivante malgré divers traitements d'épreuve entrepris, et cela depuis 5-6ans auparavant.

En ce qui concerne la thérapeutique, la cure a, dans nos trois cas, toujours été chirurgicale. Sachant que deux malades ont été redevables d'une lobectomie; dans un cas nous avons vu que le chirurgien a pu réaliser une bronchotomie intervention de choix mais rare puisque sur les 65 cas rapportés jusqu'en 1972, elle n'a pu être pratiquée que 3 fois.

- C O N C L U S I O N -

Le Lipome bronchique est une tumeur très rare de l'arbre trachéo-bronchique. C'est une tumeur conjonctive histologiquement bénigne, qui par sa situation, et par son volume peut entraîner des lésions parenchymateuses graves.

Il faut donc insister, une fois de plus, sur la nécessité en pneumologie d'une exploration endobronchique systématique, au moindre doute clinique, afin d'en faire un diagnostic précoce.

A ce moment là, la thérapeutique permettra l'irradiation de la tumeur avant que ne s'installent, à bas bruit, les lésions suppuratives d'amont mutilant le tissu pulmonaire et compromettant l'avenir respiratoire des malades.

- B I B L I O G R A P H I E -

- 1/ ALBRECHT E. Ueber Hamartoma
 1904 Verk d Dtsch Patol ges 7. Tagg, 153
- 2/ BAKKER Dj. et Coll : Two cases of intra-thoracic lipomes mani-
-festing itself as bronchial cancer
 Nederlt Genesk 30 Mai 1970; 114; 913-916
- 3/ BARRAS G : A propos des lipomes bronchiques.
 Praxis, 14 novembre 1963, 52, n°46 : 1415-1417
- 4/ BEATON AH and HEATLY CA : Fat in the tracheal bronchial tree,
 with report of a case of true lipoma of the
 bronchus.
 Ann. Otol. Rhino Laryng., 1952,61, : 1206-1215.
- 5/ BELLIN H.J, LIBSHITZ HI et PATCHEFSKY AS : Bronchial lipoma.
 Report of two cases showing chondroïtic metaplasia
 Arch. Pathol. 1971, 92, :20
- 6/ BERGMANN H : Uber das bronchuslipom
 Klin Med. (Wien) 1959, 14,: 221
- 7/ BOPP H : Un nouveau cas de lipome bronchique
 Bronches, Nov-Déc. 1959, 9, n°6 : 486 : 492
- 8/ BREWIN Eg. A case of lipoma of the bronchus treated by trans-
 pleural thoracotomy.
 Brit J. Surg., 1952, 40, 282.
- 9/ BUTCHMANN E. Cité par CAPPELLINI
- 10/ CADAROLA V.T., HARRISON Ed. CLAGETT O.T. et SCHMIDT H.W.
 Benign tumors and tumoralike conditions of the
 trachea and bronchi.
 Trans. Amer. Broncho-oesoph. Ass. 1964, 44, 69.
- 11/ CAPPELLINI G. Lipoma e chondroma "puri" dei bronchi. Considerazioni
 sue due casi a sviluppo endobronchiale.
 Arch. Chir. Thorac. 1962, 19, 105.
- 12/ CAPPELLINI Get FICARI A : Tumori connettivali benigni endobronchiali
 Atti. XII Congr. Inter. Coll. of surgeons, 1963,
 2, 1670.
- 13/ CARALPS D. Endobronchial Fibrolipoma
 Bransa Med. Argent, Avril 1971, 58, : 285-288

- 14/ CARISLE J.C., LEARY W.V. et Mac DONALD Jr. : Endobronchial lipoma, report of a case :
Proc. Mayo Clin. 1951, 26, 103.
- 15/ CHAUVET H. Lipome bronchique.
Rev. Med. Suisse Rom. Sept. 1965, 85, n°9, 694-698
- 16/ CHINAGLIA A. et Coll : Pure lipoma of the bronchus. Funding on a case with endobronchial developpement and review of the litterature.
Arch. Chir. Thorac. Cardio.Vasc. : juillet, Sept. 1968, 25, 229-241.
- 17/ CONSIGLIO L. et SCHLOSSER D. : Ueber das echte bronchuslipom
Zbl.Chir. 1970, 95, 720.
- 18/ CRUTCHER R.R., WALTUCH T.L et GHOSH A.K : Bronchal lipoma. Report of a case en review of the litterature.
J. Thorac. Surg. 1968, 55, 42.
- 19/ DELANNAY WE, Problemes in the identification of fathy tumors by istoclinical procedures.
Ann. Clin. Lab. Sci. : Mai 1972; 2 : 217-225
46 références.
- 20/ DELARUE J., LAUMOMER R., les carcinoïdes bronchiques (problèmes nosologiques).
Ann. Anat. Path. 1960, 5 : 498 : 507.
- 21/ FERLITO A. L DI BONITO et SILVESTRI F. : A propos du lipome bronchique. Considérations et suggestions critiques à l'aide de trois observations.
Le poumon et le coeur : 1972, tome XXVIII, n°8, 435-439.
- 22/ HOFFKEN W. Cité par CAPPELLINI.
- 23/ HUMMEL J., ROUSSEL A. et TRIBOULET F. : Lipomes endobronchiques.
Semaine des Hôpitaux de Paris, fev.1960, 36,
N°8/2 : 516/SP 136-521 S.P.141; 7 fig.(Bibliogr.)
- 24/ HUTCHESON J.B., ASHE Wm. et PAULSON D.L. : Lipomas of the bronchus a presentation of two cases and an analysis of the litterature. J. Thorax Surg. 1968, 35 : 638-642
- 25/ IMBERT Jean Claude : A propos de 42 observations de tumeurs bénignes broncho-pulmonaires.
Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon, 1966, n°79.
- 26/ JABLOKOW V. et RUBNITZ M. : Endobronchial lipome. Report of a case and a review of the litterature.
Illinois Med. J. 1966; 129, 57

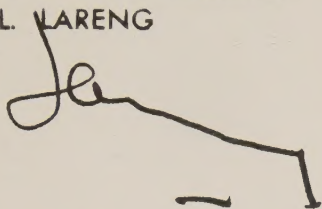
- 27/ JACKSON C., JACKSON Cl. : Bening tumors of the trachea and bronchus
J.A.M.A. 1932, 99 : 1747-1753.
- 28/ JENSEN S. et PETERSEN A.H. : Bronchial lipome, three cases and review
of the litterature.
Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 4 : 131-134.
- 29/ KRAUSS I. cité par MEZETTI
- 30/ KRAUSE L.G. et ROSS C.A. : Lipomes intra-thoraciques
Arch. Surg. Avril 1962, 84, n°4 : 444-448
- 31/ KERNAN J.D. Three Unusual Endoscopic Cases
Laryngoscope, 1927, 37, : 62-64
- 32/ LAMY P et Coll : Le lipome endobronchique. A propos de deux observa-
tions récentes.
Ann. Med. Nancy avril 1967, 6 : 437-444
- 33/ LAUMONIER P. et LACOSTE G. : Lipomes bronchiques
Encyclopedie medico-chirurgicale POumon 17, Fasc.2,
6022.L10
- 34/ LELL W.A. : Report of a case of fibro-lipoma of right main bronchus
broncoscopic removal.
Ann. Otol. 1949, 58; 1124.
- 35/ Mac CALL R.E. et HARRISSON W. : Le lipome intrabronchique
J. Thor. Surg. Mars 1955, 29, n°3, 317-322
5 Fig. Bibliogr.
- 36/ Mac GLADE Th. : Fibro lipoma of the bronchus. Report of a case
Ann. Otol. Rhino. Laryng. 1939, 48, 240-243.
- 37/ MEZETTI M., PROVERBIO G., CORBETTA S. : un cas de lipome intra
bronchique.
Arch. Ital. Chir. 1968, 94, n°3, 463-474,
13 fig. bibliogr. Résumé français.
- 38/ MOREHEAD R.P. Human pathologie 1 volume
Mc Graw-Hill publ. New-York 1963
- 39/ MYERSON M.C. Bening neoplasm of the bronchus, report of a case of
fobrolipoma of the left main bronchus removed through
the bronchoscope
Amer. J. Med. Scie. 1928, 176, 720.
- 40/ OSCHSNER S., LEJEUNE F.E. et OCHSNER A. : Lipome bronchique
J. Thorac. Surg. Mars 1957, 33, n°3, 371-378.
- 41/ PANADYL A. et Coll : Poumon "d"truit" après lipome intrabronchique.
Zschr. Tub. 1967, 127, n°5, 347-352.

- 42/ PERACHIA A. , FANTONI P.A. et COGNI G. : Il fibrolipoma endobronchiale
Minerva Pneumologie 1965, 4, 83.
- 43/ PLACHTA A. et HURSHEY H. : Lipome du poumon, revue de la litterature
et rapport d'une observation.
Ame. Revue, Resp. Dis. Décembre 1962, 86, N°6,
912-916. Bibliogr. Résumé Français.
- 44/ PORTMANN M. Otorinolaringologia un volume 1972
UTET et MASSON, publi. Torino.
- 45/ RAAB D.E. Lipoma of the bronchus
Disease of the Chest 1967, 51, : 176-178.
- 46/ RAKAY A. et Coll. Problemes of intra-thoracic fathy tumors, two
false lipoma.
Bratisl. Lek. Listy : 1970, 54, 68-75.
- 47/ RAMSEY H., OSTER W., et FOREMAN S. : endobronchial lipoma, a revue
of the litterature and report of an unusual case.
Ann. Otol. 1969, 78, 1281-1290.
- 48/ RAUCH H.W. Lipome endobronchique en tant que cause d'une atelectasie
totale du poumon gauche.
Tuberkulosearzt, juillet 1962, 16, n°7, 434-440
Bibliogr. Résumé français.
- 49/ RIBET M., WALLAERT C. et GOSSELIN B., TONNEL A.B. et PANNEQUIN Ph.
Lipome endobronchique.
Lille Medical 1971, tome 16, n°5, 750-753.
- 50/ ROSENBERG R.F., RUBINSTEIN B., MESSINGER M.D., NEIL H. : intra-
thoracic lipomas.
Chest. Novembre 1971, vol.60, n°5, 507-509.
- 51/ SCARABELLI L., BONNANDRINI L. : Lipoma puro del broncho
Minerva Chirurg. 30 novembre 1971, 26, 1249-1260.
- 52/ SMART J. Les lipomes intra-thoraciques et intra-bronchiques.
Bristish J. Tub. Janvier 1953, 47, n°1, 26-31.
- 53/ SOM M.L., FUERSTEIN S.S. - Ablation endoscopique d'un lipome bronchique
Relation de deux cas.
Arch. Otol. Laryng. Octobre 1951, 54, n°4 : 341-346
6 fig. (Bibliogr.)
- 54/ SPENCER. Pathology of the lung
Pergamon Press Publi. 1969. 1 volume. Oxford
- 55/ STEINER H., ZIMMERMANN G.; Bronchial lipoma
Thorax chirurgie juin 1968, 16, 277-280

- 56/ TAHERI S.A., CARBERRY D.M. et ROSS C.A. : Lipome bronchique
N.Y. State J. med. 15 octobre 1960, 60, n°20,
3310-3312.
- 57/ TARANGER G. et HUMBERT P. : Lipome bronchique traité par broncho-
tomie. J. Français, Med. Chir. Thor. Fev.-Mars 1965,
19, n°2, 175-180.
- 58/ TOUMIEUX B. Lipomes et tumeurs lipomateuses intra-thoraciques.
Thèse de la fac. med. Paris 1967, n°754 - 87 pages.
- 59/ TOUROFF A.S.W et SELEY G.P. : Lipomes des bronches et des poumons
report de deux cas inhabituels.
Ann. Surg. Août 1951, 134, n°2, 244-250
7 fig. Bibliogr.
- 60/ VINSON P.P. et PINBLETON W.E. : Lipoma of the left main bronchus
report of two cases and review of litterature.
Arch. Otolaryng. 1942, 35, : 868-870.
- 61/ WAAG A. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'arbre
trachéo-bronchique à propos de 29 observations;
Thèse fac Med. de Strasbourg, 1965, n°81.
- 62/ WATTS C.F., CLAGETT O.T. et Mac DONALD J.R. : lipomas of the bronchus
Discussion of benign neoplasm and report of a case of
endobronchial lipoma.
J. Thoracic Surg. 1946, 15, 132-134.
- 63/ WHALEN E.J. Lipoma of the bronchus
Ann. Otol. Rhino. Laryng. 1947, 56, 811-818
- 64/ WESSLER H., RABIN C.B. : Benign tumors of the bronchus.
Amer. J. Med. Sci. 1932, 183, 164.
- 65/ WILLIS R.A. Pathology of tumors
Butterworths publi. London 1967 un volume.



Vu et Permis d'imprimer
Toulouse le 4 septembre 1924
Le Président de l'Université Paul-Sabatier
L. LARENG

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Lareng', with a long horizontal stroke extending to the right and a small vertical tick at the end.

